

**OGGETTO: Uso del mezzo proprio di trasporto per ricorrenti motivi di servizio.  
Richiesta di autorizzazione.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (cod.reg. n. \_\_\_\_\_)

Titolare d'incarico a tempo determinato / indeterminato quale medico specialista ambulatoriale convenzionato, per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali nella branca \_\_\_\_\_

Sede di servizio \_\_\_\_\_ (tel. \_\_\_\_\_)

**C H I E D E**

l'autorizzazione all'uso del mezzo proprio di trasporto per motivi di servizio ai sensi dell'art.32 comma 7 – dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici Specialisti Ambulatoriali Interni di cui all'Atto d'Intesa Conferenza Stato-Regioni del 23.3.2005 e, a tal fine,

**D I C H I A R A**

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali nelle quali potrà incorrere in caso di dichiarazione mendace:

- 1) che farà uso dell'autovettura tipo \_\_\_\_\_ targata \_\_\_\_\_ ;
- 2) di essere regolarmente abilitato alla guida di autoveicoli secondo le norme vigenti;
- 3) che tale autovettura è:
  - tuttora di sua esclusiva proprietà;
  - di proprietà di familiare convivente e ne ha la piena e legittima disponibilità;
  - di proprietà di familiare non convivente\*  
(in questo ultimo caso allega dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà compilato e sottoscritto dal legittimo proprietario dell'autovettura utilizzata per motivi indicati in oggetto);
- 4) che tale autovettura è coperta da assicurazione per la responsabilità civile verso terzi come prescritto dalla legge;
- 5) di impegnarsi a comunicare all'Amministrazione, prima di farne uso, l'utilizzo di una diversa autovettura rispetto a quella di cui al precedente punto 1) fornendone i relativi dati identificativi;
- 6) di avere l'abituale dimora in \_\_\_\_\_
- 7) di assicurare che l'eventuale trasporto di terzi sull'automezzo di proprietà verrà effettuato esclusivamente e tassativamente previa richiesta scritta da parte del Responsabile ove il sottoscritto presta servizio;
- 8) che i motivi di servizio che sostengono la presente richiesta sono quelli forniti dal competente Dirigente responsabile con la relazione di cui al retro della presente.

Data \_\_\_\_\_

In fede \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nella qualità di

Responsabile del Poliambulatorio \_\_\_\_\_

al/alla quale è assegnato/a il medico specialista convenzionato \_\_\_\_\_  
in riferimento alla richiesta che precede a fronte

### ATTESTA

1) che per il medico specialista ambulatoriale \_\_\_\_\_  
è assolutamente indispensabile, per reali esigenze di servizio, che lo/la stesso/a possa agevolmente  
spostarsi dalla sede di servizio in altre sedi o strutture dell'Azienda U.S.L. n. 10 nonché presso terzi,  
pubblici e/o privati, per ragioni di servizio di seguito analiticamente elencate:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

2) che pertanto è interesse dell'Amministrazione che il medico specialista convenzionato stesso/a sia  
autorizzato/a all'uso del mezzo proprio di trasporto per gli spostamenti predetti, sotto il duplice aspetto  
del minore tempo occorrente e del maggiore vantaggio conseguibile nell'espletamento dei compiti af-  
fidatigli come sopra descritto in considerazione:

- a) della accertata indisponibilità di un idoneo mezzo di trasporto di proprietà della Azienda per tali  
ricorrenti necessità;
- b) della accertata inconciliabilità con le summenzionate esigenze degli orari, degli itinerari e dei tempi  
di percorrenza dei mezzi pubblici di trasporto utilizzabili in alternativa.

Il/la sottoscritto/a, pienamente a conoscenza delle vigenti disposizioni di legge in materia, si fa carico di  
sottoscrivere mensilmente l'apposita nota dei servizi effettuati dall'interessato/a e trasmetterla al compe-  
tente Ufficio Assenze e Presenze di codesta Struttura.

\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(da compilare da parte del proprietario dell'autovettura non convivente con lo/la specialista ambulatoriale convenzionato/a che fa richiesta dell'autorizzazione all'uso del mezzo proprio)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)

in via/piazza \_\_\_\_\_

## DICHIARA

ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 445 DEL 28.12.2000 il seguente stato personale:

l'autovettura tipo \_\_\_\_\_ con targa \_\_\_\_\_,

a me intestata come proprietario/a, si trova in stato di piena disponibilità d'uso a

beneficio del/della Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)

in via/piazza \_\_\_\_\_

specialista convenzionato con l'Azienda U.S.L. n. 10 di Firenze.

Dichiara altresì di essere a conoscenza delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000.

Allega copia di un documento di identità in corso di validità.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_